

Ogłasza konkurs ofert nr WSS-I.1.2022.WP na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022-2024 dla mieszkańców Szczecina”, zwanego dalej „Programem”, na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 995 z póź. zm.) i art. 7 ust.1, pkt 1, art. 8 ust.1, art. 48, ust. 1,3 - 5 oraz art. 48b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z póź. zm.).

1. Przedmiot Konkursu

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi program polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022 - 2024 dla mieszkańców Miasta Szczecin”.

Program zapewnia możliwość korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność, a inne możliwości terapeutyczne nie istnieją lub się wyczerpały (przedstawione w załączonym opisie programu).

Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Szczecin http://bip.um.szczecin.pl/chapter_50210.asp

Wysokość środków finansowych przeznaczonych z Budżetu Miasta Szczecin na realizację całego Programu na lata 2022 - 2024 wynosi 840 000,00 zł brutto (słownie osiemset czterdzieści tysięcy). Program obejmować będzie dofinansowanie kosztów, co najmniej jednej i nie więcej niż dwóch, procedur zapłodnienia pozaustrojowego, do wysokości 80% kosztów (łącznie nie więcej niż 5 000,00 zł z uwzględnieniem kosztów kriokonserwacji zarodków), a różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury a dofinansowaniem ponoszą Pacjenci.

2. Termin realizacji zadania/Programu – od dnia podpisania umowy do dnia 30.11.2024r.

3. Organizator Konkursu

Organizatorem konkursu jest Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, z siedzibą w Szczecinie, przy pl. Armii Krajowej 1.

4. Adresaci konkursu

Konkurs adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711), ośrodków medycznych wspomaganą prokreacją i/lub centra leczenia niepłodności wpisane przez Ministra Zdrowia do rejestru, i/lub zamieszczone w prowadzonym przez Ministra Zdrowia wykazie centrów leczenia niepłodności, a także spełniające warunki określone w zakresie leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego w rozumieniu ustawy z dnia 25 czerwca 2015r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewniania jakości w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacją oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. z 2020 r. poz. 442).

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

- 1) realizować Europejski Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM);
- 2) wykonywać co najmniej 50 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, w okresie ostatnich 5 lat;
- 3) dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia w ramach realizacji Programu;
- 4) stosować wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno-Lecznicznych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 5) posiadać pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganą prokreacją; o których mowa w art. 44. ust. 1. ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442);
- 6) posiadać pozwolenie Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45. ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442).

5. Beneficjenci Programu są pary, które są mieszkańcami Szczecina i złożyły zeznanie podatkowe w Urzędzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający udział w Programie. Program adresowany jest do ok. 150 szczecińskich par na cały okres realizacji Programu, u których potwierdzono dokumentacją medyczną bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne leczenie niepłodności, zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej, spełniający następujące kryteria:

1) medyczne:

- a) Uczestnicy Programu u których stwierdzono bezwzględną przyczynę niepłodności lub posiadają inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę niepłodności lub nieskuteczne leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu;

- b) wiek kobiety mieści się w przedziale od 25 do 40 lat (wg rocznika urodzenia), wiek mężczyzny od 25 do 55 roku życia (wg rocznika urodzenia) w dniu zgłoszenia się do Programu po raz pierwszy; w przypadku bezwzględnego wskazania do leczenia niepłodności dolną granicę wieku kobiety ustala się na 20 lat;

2) administracyjne:

- a) pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim, zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2, ust. 1, pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności;
- b) są mieszkańcami Miasta Szczecin i złożyły zeznanie podatkowe w Urzędzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający udział w Programie. Pary chcące skorzystać z Programu zobowiązane są przedłożyć kserokopie pierwszych stron zeznań podatkowych opatrzonech prezentatą szczecińskiego urzędu skarbowego w którym zostały złożone lub zaświadczenie ze szczecińskiego urzędu skarbowego potwierdzające złożenie zeznania lub kserokopie urzędowego poświadczenia odbioru wydanego przez elektroniczną skrzynkę podawczą systemu teleinformatycznego administracji podatkowej (UPO) wraz z pierwszą stroną PIT i wygenerowanym numerem dokumentu zgodnym z identyfikatorem dokumentu UPO za rok poprzedzający udział w Programie.

6. Zakres działań prowadzonych w ramach realizacji Programu

Do obowiązków Oferenta należeć będzie, m.in.:

- 1) zapewnienie dostępności do świadczeń finansowanych w ramach realizacji Programu minimum przez 6 dni w tygodniu, z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu;
- 2) zapewnienie pacjentom możliwości rejestracji telefonicznej i elektronicznej oraz kontaktu telefonicznego z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę w przypadku potrzeb pacjenta.
- 3) dokonywanie kwalifikacji par do Programu.

Ponadto Oferenta dotyczą następujące wymagania:

- 1) stosowanie standardów zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 2) raportowanie wyników leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w ramach programu EIM - European IVF Monitoring;
- 3) zapewnienie na czas realizacji Programu stałej współpracy z psychologiem;
- 4) comiesięczne raportowanie realizacji Programu na formularzach uprzednio przygotowanych przez Zleceniodawcę;
- 5) umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej oraz w siedzibie Realizatora Programu;
- 6) monitorowanie oceny jakości udzielonych świadczeń w postaci ankiety satysfakcji uzgodnionej ze Zleceniobiorcą.

Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz Oferent również musi brać czynny udział w wykonaniu zadań określonych w pkt. 6. niniejszych warunków szczegółowych konkursu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami.

7. Termin i miejsce składania ofert

Termin składania ofert upływa **05.04.2022 r. do godziny 15.30**. Oferty konkursowe należy składać w zamkniętej kopercie opatrzonej pieczętą Oferenta, numerem konkursu i napisem „Konkurs Ofert nr WSS-I.1.2022.WP na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022-2024 dla mieszkańców Szczecina”, w Biurze Obsługi Interesantów Urzędu Miasta Szczecin, przy pl. Armii Krajowej 1 w Szczecinie, sala 62 lub przesłać drogą pocztową na ww. adres (decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miasta Szczecin).

Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty (telefonicznie, e-mailem lub fax).

8. Formularz oferty

Zgłoszenie do konkursu winno być sporządzone w języku polskim na formularzu ofertowym (stanowiącym Załącznik Nr 1) i Formularzu Kalkulacji Cenowej (stanowiącym Załącznik Nr 2) oraz być podpisane na każdej stronie formularza ofertowego przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania Oferenta.

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Wyciąg KRS (jeżeli dotyczy);
- 2) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
- 3) Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
- 4) Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

- 5) Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
- 6) Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
- 7) Decyzję Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 442);
- 8) Decyzję Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 442);
- 9) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego nr WSS-I.1.2022.WP w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022-2024 dla mieszkańców Szczecina”;
- 10) Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 11) Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem;
- 12) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
- 13) Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego do prawidłowej realizacji Programu;
- 14) Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu (Poniesienia odpowiedzialności za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu);
- 15) Oświadczenie, że Oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców;
- 16) Oświadczenie Oferenta o zobowiązaniu do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) –zwanego dalej RODO;
- 17) Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.

9. Ocena ofert

Złożone w Konkursie oferty przekazywane są do Wydziału Spraw Społecznych, następnie kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej powołanej przez Prezydenta Miasta Szczecin. Komisja po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami, przedłoży Prezydentowi protokół z posiedzenia komisji. Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Szczecin, po zapoznaniu się z protokołem Komisji. Prezydent Miasta Szczecin dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Prezydenta Miasta Szczecin.

W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

Przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane przez Oferenta w przypadku wyłonienia kilku Oferentów do realizacji Programu. W przypadku mniejszego dofinansowania warunkiem zawarcia umowy z Oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kalkulacji kosztów realizacji Programu.

Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

L.p.	Nazwa kryterium	Maksymalna liczba punktów do uzyskania	Suma otrzymanych punktów
1.	Zakres wykonania Programu (max. liczba punktów do uzyskania 10):	0 – 10 pkt.	
	a) liczba i kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji programu w stosunku do liczby par objętych Programem: <ul style="list-style-type: none"> – lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa (1-2 pkt.); – lekarz / analityk / biolog/embriolog/psycholog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu (1-2 pkt.); – anestezjolog (1-2 pkt.); – pielęgniarki i położne (1-2 pkt.); 		
	b) przechowywanie zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków w ramach realizacji Programu (0-1 pkt.);		

	c) pierwszy kriotransfer w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu (0-1 pkt.);		
2.	Skuteczność realizacji programu (max. liczba punktów do uzyskania 10);	0 – 10 pkt.	
	a) dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i/lub z realizacją „Programu – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016” Ministerstwa Zdrowia 0-5 pkt.);		
	b) skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE w okresie ostatnich 5 lat (0-5 pkt.);		
3.	Kalkulacja kosztów realizacji Programu (max. liczba punktów do uzyskania 10);	0 – 10 pkt.	
	a) koszt jednostkowy świadczeń zdrowotnych leżące po stronie pary korzystającej z Programu oraz w ramach dofinansowania z budżetu Gminy Miasto Szczecin (1-6 pkt.);		
	b) spójność kosztorysu (0-2 pkt.);		
	c) przejrzystość kalkulacji kosztów (0-2 pkt.);		
Maksymalna ilość punktów, które może przyznać Komisja Konkursowa jednej z ofert wynosi 30 pkt.			

Prezydent Miasta Szczecin zastrzega sobie prawo do zmiany warunków Konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania Konkursu, zamknięcia Konkursu bez wyboru oferty oraz nie rozstrzygnięcia Konkursu na każdym etapie konkursu, bez podania przyczyny.

Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w Urzędzie Miasta Szczecin na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip.um.szczecin.pl>

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 30 dni roboczych od daty upływu składania ofert, o którym mowa w ust. 7 Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej, które odbędzie się w Wydziale Spraw Społecznych w sali konferencyjnej w dniu 11.04.2022 r. o godz. 8.30. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, będzie powiadomiony o tym pisemnie.

10. Dodatkowe informacje

W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o której mowa w ust. 1, do trybu przeprowadzenia Konkursu ofert i zawarcia umowy na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zwartej pomiędzy Gminą Miasto Szczecin, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

W zakresie związanym z udziałem w Konkursie Oferent zobowiązany jest do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)-zwanego dalej RODO.

Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie konkursu ofert nr WSS-I.1.2022.WP jest:

1) p. Anna Majczyzna Kierownik Zespołu ds. Polityki Zdrowotnej i Osób z Niepełnosprawnością<

tel.91 4245664, e-mail: amajczyzna@um.szczecin.pl

2) p. Wioletta Perzyńska - Główny Specjalista w Wydziale Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, pok.336 I,

tel. 91 4245 674, e-mail: wperzyn@um.szczecin.pl.

GŁÓWNY SPECJALISTA
Wioletta Perzyńska

KIEROWNIK ZESPOŁU
Anna Majczyzna

RADCA PRAWNY
Karolina Wiktorczyk

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

Daniel Wacinkiewicz
DYREKTOR WYDZIAŁU

Beata Bugajska

15.03.2022.

FORMULARZ OFERTOWY
- Informacje o Oferencie

na projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022 - 2024 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:

.....
.....

2. Dokładny adres:

ulica i numer

miejsowość

kod pocztowy

Telefon

fax.

adres e-mail

3. Forma prawna

4. Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta (Nazwisko i imię, tel.kontaktowy, e-mail):

.....
.....

5. Organ założycielski lub właściciel:

.....
.....

6. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada):

.....

7. NIP:

.....

8. Regon:

.....

9. Nazwa banku i rachunku bankowego:

.....

10. Koordynator programu (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.....

11. Okres realizacji Programu od.....do

12. Szczegółowy sposób realizacji Programu:

a) opis i zakres z harmonogramem działań planowanych w Programie

.....
.....
.....

b) dodatkowe wskaźniki i merinki efektywności realizacji Programu

.....
.....

13. Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – wykonanych w ramach realizacji Programu w roku:

- 2022:

- 2023:

- 2024:

14. Informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji Programu

Lp.	Imię i Nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane Specjalizacje	Numer prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie (w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego)

Formularz Kalkulacji Cenowej

1. Planowana całkowita kalkulacja kosztów realizacji Programu

Lp.	Nazwa usługi/towaru/świadczenia	ilość/rodzaj	koszt jednostkowy (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2022 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2024 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2025 roku
1	Koszt jednostkowy procedury biotechnologicznej zapłodnienia pozaustrojowego wraz z kosztami kriokonserwacji zarodków w tym również:					
	-stymulacja mnogiego jajczkowania;					
	-wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych;					
	-znieczulenie ogólne podczas punkcji;					
	-procedura mikroiniekcji plemnika;					
	-pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;					
	-kriokonserwacji zarodków;					
	-przechowywania zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków przez okres realizacji Programu;					
	-pierwszego kriotransferu w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu					
	(w tym 5 000,00 zł brutto dofinansowania do ww. procedury ze strony Gminy Miasto Szczecin)					
2	Inne koszty niezbędne do realizacji Programu (należy podać nazwę usługi/towaru/ świadczenia)					
	Ogółem					

2. Wysokość wnioskowanych środków finansowych w ramach dofinansowania Programu :

(w tym słownie w zł brutto):

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty w zakresie Formularza Kalkulacji Kosztów w ramach realizacji Programu

.....
.....
.....

data:

.....
pieczęć i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy

GŁÓWNY SPECJALISTA
W Rozpisce
Wioletta Perzyńska

KIEROWNIK ZESPOŁU
DYREKTOR WYDZIAŁU
Anna Majczyk
Beata Bugajska

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA
Daniel Wacinkiewicz
Daniel Wacinkiewicz

Nr Centralnego Rejestru Umów

pomiędzy:

Gminą Miasto Szczecin**Pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin**

NIP: 851-030-94-10

REGON: 811684232

zwaną dalej w treści umowy „**Miastem**”, reprezentowaną przez:

..... - Zastępcę Prezydenta Miasta Szczecin

a

.....

ul.

NIP:

Regon:.....

Nr księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą

zwaną dalej „**Wykonawcą**”

reprezentowanymi przez:.....

.....

Niniejsza umowa została zawarta na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 114, ust.1, pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, **strony umowy ustalają co następuje:**

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022 - 2024 dla mieszkańców Szczecina”, nazwany w dalszej części umowy „Programem”.
2. Na realizację Programu Miasto zobowiązuje się przekazać środki publiczne w wysokości zł brutto (słownie zł brutto:
3. Za dzień rozpoczęcia realizacji Programu uważa się datę podpisania umowy, a zakończenia dzień **30 listopada 2024 r.**
4. W ramach kwoty wymienionej w ust. 2 Wykonawca zobowiązuje się do:
 - a) objęcia Programem ok..... par;
 - b) wykonania procedur zapłodnienia pozaustrojowego na rzecz par uczestniczących w Programie. Program obejmować będzie dofinansowanie kosztów, co najmniej jednej nie więcej niż dwóch procedur zapłodnienia pozaustrojowego dla pary (łącznie nie więcej niż 5 000,00 zł brutto z uwzględnieniem kosztów kriokonserwacji zarodków za jedną procedurę). Różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury, a dofinansowaniem ze środków Gminy Miasto Szczecin ponosi para.
5. Osobami uprawnionymi do bezpłatnego udziału w programie określonym w § 1 niniejszej umowy są:
 - 1) pary, u której potwierdzono dokumentacją medyczną bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne leczenie niepłodności zgodnie z rekomendacjami i standardami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
 - 2) pary, które pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim, zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2, ust.1, pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności i w dniu zgłoszenia się do Programu będącego przedmiotem niniejszej umowy po raz pierwszy:
 - a) wiek kobiety mieści się w przedziale od 25 do 40 lat (wg rocznika urodzenia), a dolną granicę wieku ustala się na 20 lat w przypadku bezwzględnego wskazania do leczenia niepłodności;
 - b) wiek mężczyzny mieści się w przedziale od 25 do 55 roku życia (wg rocznika);
 - 3) pary, które są mieszkańcami Miasta Szczecina i odprowadzają podatki do szczecińskiego urzędu skarbowego (za rok poprzedzający udział w Programie);
6. Pary chcące skorzystać z Programu zobowiązane są do przedłożenia Wykonawcy umowy po za niezbędną dokumentacją medyczną, Oświadczenia stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy i kserokopię pierwszych stron zeznań podatkowych opatrzonej prezentatą szczecińskiego urzędu skarbowego w którym zostały złożone lub zaświadczenie ze szczecińskiego urzędu skarbowego potwierdzające złożenie zeznania lub kserokopie urzędowego poświadczenia odbioru wydanego przez elektroniczną skrzynkę podawczą systemu teleinformatycznego administracji

podatkowej (UPO) wraz z pierwszą stroną PIT i wygenerowanym numerem dokumentu zgodnym z identyfikatorem dokumentu UPO za rok poprzedzający udział w Programie (co jest niezbędne do zakwalifikowania pary do Programu).

7. Program zostanie wykonany zgodnie z ofertą i kosztorysem stanowiącymi odpowiednio załącznik Nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
8. Wszelkie odstępstwa dotyczące organizacji i realizacji Programu od warunków określonych w umowie i załączniku nr 1 do niniejszej umowy, m. in. w zakresie zasobów kadrowych, miejsca i czasu realizacji ilości świadczeń medycznych i usług wraz z finansowaniem Programu wymagają dla swej ważności formy pisemnej w formie aneksu pod rygorem nieważności niniejszej umowy.
9. Odstępstwa, o których mowa w ust. 8, Wykonawca zobowiązany jest zgłosić Miastu niezwłocznie od ich zaistnienia.
10. W zakresie związanym z realizacją Programu, w tym ze zbieraniem, gromadzeniem, przetwarzaniem danych osobowych Wykonawca zobowiązany jest do stosowania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 z póź. zm.).
 - 1) Wykonawca oświadcza, że jest administratorem danych osobowych w związku z realizacją Programu.
 - 2) Wykonawca zobowiązany jest do:
 - a) poinformowania wszystkich osób biorących udział w Programie oraz osób, które zostały opisane w ofercie i będą realizowały Program, iż ich dane osobowe zostaną przekazane Gminie Miasto Szczecin w zakresie realizacji umowy oraz przekazanej sprawozdawczości i rozliczenia umowy;
 - b) wypełnienia wobec wszystkich ww. Osób obowiązku informacyjnego zgodnie z RODO;
 - d) poinformowania o przechowywaniu przez Zleceniobiorcę danych osobowych wszystkich osób o których mowa w pkt. a przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym realizował Program.

§ 2

1. Wykonawca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie realizacji Programu, która stanowi załącznik nr 4 do niniejszej umowy.
2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi Wykonawca.

§ 3

Koordynatorem Programu ze strony Wykonawcy jest:

.....
Koordinator Programu zobowiązany jest do brania udziału w zorganizowanych przez Miasto w akcjach promocyjno – informacyjnych oraz konferencjach prasowych dotyczących realizacji Programu.

§ 4

1. Realizując Program Wykonawca zobowiązuje się do:
 - a) kreowania pozytywnego wizerunku Miasta w sposób uzgodniony z Miastem w tym: informowania w wydawanych przez siebie w ramach realizacji Programu, publikacjach, materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również widoczną w miejscu jego realizacji pisemną informację (tablicę) i ustną informację kierowaną do odbiorców o fakcie dofinansowania Programu przez Wykonawcę.
 - b) umieszczania logo Miasta, na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych i informacyjnych realizowanego Programu, o ile ich wielkość i przeznaczenie tego nie uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność. Logo Miasta oraz treść wymaganych informacji Miasto przekazuje Wykonawcy pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych.
2. Wykonanie znakowania treści przekazami promocyjnymi Miasta (logo, treść) oraz akceptacja treści promocyjnej powinny odbywać się zgodnie z procedurą udzielenia licencji/sublicencji na używanie znaków towarowych Gminy Miasto Szczecin dla celów niekomercyjnych z zawartą w Zarządzeniu Prezydenta Miasta Szczecin Nr 393/21 z dnia 31 lipca 2021 roku w sprawie zasad używania w obrocie znaków towarowych identyfikujących Gminę Miasto Szczecin.

§ 5

1. Realizacja Programu, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy, przeprowadzona będzie przez personel wskazany w ofercie, wymienionych w Formularzu ofertowym, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy, za których Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność.
2. Miejsce i czas realizacji Programu w zakresie procedury zapłodnienia pozaustrojowego adresowanej do par uczestniczących w Programie:

Lp.	Nazwa	Adres	Tel. kontaktowy	Dni i godziny realizacji Programu

§ 6

1. Miasto z tytułu realizacji całego przedmiotu umowy, zapłaci Wykonawcy kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:) z możliwością zmniejszenia lub zwiększenia ilości zaplanowanych do wykonania procedur (w ramach aneksowania zawartej z umowy) co będzie zależne od zainteresowania szczecińskich par udziałem w Programie realizowanym przez Wykonawcę oraz otrzymania dofinansowania do Programu w ramach środków finansowych pochodzących z innych źródeł tj. z Budżetu Województwa Zachodniopomorskiego.
2. Miasto zapłaci Wykonawcy w danym roku kalendarzowym:
 - 1) 2022 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:).
 - a) kwota w wysokości zł brutto (słownie złotych brutto:) do wykorzystania w miesiącach.....
 - b) Kwota w wysokości zł brutto (słownie złotych brutto:) do wykorzystania w miesiącach.....(kwota ta będzie stanowić 50 % dofinansowania z Budżetu Gminy Miasto Szczecin i 50% dofinansowania z Budżetu Województwa Zachodniopomorskiego.
 - 2) 2023 rok kwotęzł brutto (słownie złotych brutto:);
 - 3) 2024 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:).
3. Podstawę rozliczenia Programu stanowi faktura Wykonawcy wystawiona za faktycznie wykonane świadczenia medyczne zgodnie z kosztorysem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy wraz ze sprawozdaniem częściowym stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszej umowy (w formie papierowej oraz w edytowalnym zabezpieczonym hasłem zapisie elektronicznym w programie Excel i wysłanych na adres e-mail: wperzyn@um.szczecin.pl). Zapłata nastąpi przelewem w terminie 30 dni od daty otrzymania i zaakceptowania przez Miasto sprawozdania częściowego i faktury w okresach miesięcznych, złożonych do 10-go dnia każdego miesiąca do Miasta oraz 14 dni od daty faktury końcowej (tj. zapłata za fakturę końcową wykonana zostanie nie później niż do 31 grudnia w danym roku kalendarzowym). Ostateczny termin składania faktury końcowej w danym roku kalendarzowym ustala się na dzień 19 grudnia.
4. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i nazwy Programu oraz nazwy i ilości faktycznie wykonanych świadczeń medycznych w treści faktury.
5. Podstawą do przyjęcia rozliczenia przez Miasto jest faktyczne wykonanie świadczeń medycznych. Wykonawcy nie przysługuje wynagrodzenie, jeśli nie wykonał świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy.
6. Miasto zapłaci Wykonawcy wynagrodzenie na rachunek bankowy Zleceniobiorcy o nr:.....
7. Płatności będą dokonywane na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w § 6 ust. 6 i na fakturze, z zastrzeżeniem, że rachunek bankowy musi być zgodny z numerem rachunku ujawnionym w wykazie prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej. Gdy w wykazie ujawniony jest inny rachunek bankowy, płatność wynagrodzenia dokonana zostanie na rachunek bankowy ujawniony w tym wykazie.

§ 7

1. Miasto ma prawo żądać, aby Wykonawca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania.
2. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, Miasto wzywa pisemnie Wykonawcę do ich złożenia.
3. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, Miasto zwróci Wykonawcy złożoną fakturę.

§ 8

1. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego zadania o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez Miasto, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez Miasto.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządzają pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.
4. Miasto udzieli odpowiedzi Wykonawcy w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Wykonawcę wyjaśnień.

§ 9

1. Strony zastrzegają wzajemne prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku rozwiązania umowy Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie za prawidłowo i faktycznie zrealizowane świadczenie medyczne i usługę w ramach realizowanego Programu do czasu rozwiązania umowy.
3. W przypadku realizacji zadania w sposób niezgodny z warunkami niniejszej umowy, Miasto może wypowiedzieć umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 10

1. Umowa może być rozwiązana przez Miasto ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - a) nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny

OŚWIADCZENIE Pary

że przystępuję do udziału w programie polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022-2024 dla mieszkańców Szczecina”

Dane osobowe pary:

1.
(kobieta – imię i nazwisko)
pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.
(mężczyzna – imię i nazwisko)
pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

My niżej podpisani oświadczamy, że:

1. Pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim.
2. Jesteśmy mieszkańcami Szczecina.
3. Posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego potwierdzone dokumentacją medyczną potwierdzającą przyczynę niepłodności lub nieskuteczne leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu polityki zdrowotnej pn., Programu dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022-2024 dla mieszkańców Szczecina”
4. Wskazane powyżej dane osobowe, są zgodne z prawdą. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań
5. W przypadku skorzystania z dofinansowania w ramach programu nienależnie zobowiązujemy się do zwrotu kosztów dofinansowania poniesionych przez Gminę Miasto Szczecin na rzecz Wykonawcy programu.
6. Deklarujemy udział w Programie realizowanym przez.....

.....
(pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego Wykonawcy Programu)

Ochrona danych osobowych / RODO

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest wybrany Wykonawca programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2021 dla mieszkańców Szczecina” (zgodnie z pkt. 7 niniejszego Oświadczenia), na którym spoczywać będzie obowiązek informacyjny w przypadku zbierania danych osobowych, zgodnie z art. 13, 14 i 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwanego dalej RODO.
2. Realizator programu przetwarza dane osobowe niezbędne do realizacji programu i prowadzenia dokumentacji medycznej oraz rozliczenia programu z Gminą Miasto Szczecin.
3. Administratorem danych osobowych jest wybrany przez Panią/Pana Wykonawca Programu. Niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora skutkuje niemożliwością przyznania dofinansowania w ramach programu.
4. Każdemu przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania w zakresie uregulowanym powyższym zarządzeniem RODO.

5. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, iż dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami RODO. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a i lit. h RODO **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji programu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis -kobieta)

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis -mężczyzna)

.....
data:

.....
pieczętka i podpis(y) oferenta lub osób uprawnionych do reprezentacji oferenta

GŁÓWNY SPECJALISTA
W Perzyńska
Wioletta Perzyńska

KIEROWNIK ZESPÓŁU
A. Majtyja
Anna Majtyja

DYREKTOR WYDZIAŁU
B. Bugajska
Beata Bugajska

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

D. Wacinkiewicz
Daniel Wacinkiewicz

Załącznik nr 4
do umowy nr CRU:.....

Oświadczam, że
(pełna nazwa Podmiotu wykonującego Program)
posiadam polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie realizacji Programu
zgodnie z § 2 umowy nr CRU:

.....
Data, pieczęćka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

GLÓWNY SPECJALISTA
W. Perzyńska
Wioletta Perzyńska

KIEROWNIK ZESPOŁU
A. Malczyńska
Anna Malczyńska

DYREKTOR WYDZIAŁU
R. Bugajska
Renata Bugajska

ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA
D. Wacinkiewicz
Daniel Wacinkiewicz

Sprawozdanie częściowe z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022 - 2024 dla mieszkańców Szczecina.

1. Czas realizacji „Programu” - rok;
2. Plan wg. umowy/aneksu w roku.....-zł brutto;
3. Środki finansowe wydatkowane za miesiąc.....-zł brutto;
4. Data i nr wystawionej faktury.....;
5. Liczbowe określenie skali działań

L.p.	Liczba par zgłoszonych do programu	Liczba par zakwalifikowanych do programu	Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego	Liczba ciąż klinicznych	Liczba urodzeń żywych	Liczba przeprowadzonych ankiet satysfakcji udziału uczestnika w Programie	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

6. Lista par biorąca udział w Programie.

L.p.	Nazwisko imię (kobieta/mężczyzna)	Pesel	Adres zamieszkania	Data rozpoczęcia procedury	Potwierdzenie ciąży klinicznej TAK/NIE	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

.....
Data, pieczęćka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Raport końcowy z realizacji całego programu polityki zdrowotnej pn. Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022 - 2024 dla mieszkańców Szczecina.

1.Okres realizacji umowy:		Faktyczny okres realizacji umowy			
2.Opis sposobu osiągnięcia celów programu:.....					
3.Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach umowy:.....					
4.Koszty realizacji umowy w latach 2022-2024					
2022		2023		2024	
plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie
Koszty jednostkowe za świadczenie medyczne z dofinansowania ze środków Gminy Miasto Szczecin					
Lp.	Rok	Nazwa kosztu			Kwota kosztu (w zł)

5.Monitorowanie / Ocena realizacji umowy					
wskaźnik		wynik (w roku)			
Liczba par zgłoszonych do programu		2022.....	2023.....	2024.....	
Liczba par zakwalifikowanych do programu					
Liczba par biorąca udział w programie		2022.....	2023.....	2024.....	
Liczba wykonanych procedur		2022.....	2023.....	2024.....	
Liczba par, które skorzystały z dwóch procedur		2022.....	2023.....	2024.....	
Liczba stwierdzonych ciąży klinicznych		2022.....	2023.....	2024.....	
Liczba urodzeń		2022.....	2023.....	2024.....	
Średni koszt na parę		2022.....	2023.....	2024.....	
6.Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji umowy		Opis podjętych działań modyfikujących			
Problem 1:.....		Działanie modyfikujące:.....			
Problem... :.....		Działanie modyfikujące:.....			
<p>.....</p> <p>Data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy</p>					

GLÓWNY SPECJALISTA
w Państwie
Wioletta Perzyńska

KIEROWNIK ZESPOŁU
A. Majcyna
Anna Majcyna

DYREKTOR WYDZIAŁU ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA
Beata Bugajska
Beata Bugajska

Daniel Wacinkiewicz
Daniel Wacinkiewicz